

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1959

THÈSE

N°

978

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Henri, René, Marie COTE

Né le 12 Juin 1930, à TARARE (Rhône)

présentée et soutenue publiquement le

CONTRIBUTION A L'ETUDE
DES LIPOMES
SOUS-CONJONCTIVAUX BILATERAUX

Président : Monsieur G. RENARD (Professeur)

D. P. TAIB

8, Rue Casimir Delavigne
PARIS - VI

1959

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

--

Année 1959

N°

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

Henri, René, Marie COTE

né le 12 juin 1930 à Tarare (Rhône)

--

Présentée et soutenue publiquement
le

--

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES LIPOMES
SOUS-CONJONCTIVAUX BILATERAUX

--

Président : Monsieur G. RENARD (Professeur)



D.P. TAIB
8, rue Casimir-Delavigne
PARIS
1959.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. AUBIN (A), BENARD (H), BROCCQ (P), BULLIARD (H),
 CADENAT (F), CHABROL (E), CHAMPY (C), CHEVALLIER (P),
 DEBRE (R), DONZELOT (E), GASTINEL (P), GUILLAIN (G),
 HALPHEN (E), HARVIER (P), HAZARD (R), HEUYER (G),
 LANTUEJOUL (P), LAROCHE (G), LAUBRY (C), LEVY-SOLAL(E),
 LHERMITTE (J), LIAN (C), LOEPER (M), MARION (G),
 MATHIEU (P), MOCQUOT (P), MONDOR (H), MONOD (R),
 MOREAU (R), MULON (P), OLIVIER (E), RICHET (C),
 STROHL (A), TANON (L), VELTER (E).

DOYEN : Léon BINET
 Membre de l'Institut
 ASSESSEUR : Jean VERNE

I.- PROFESSEURS :

	MM.
Anatomie	CORDIER (G)
Anatomie (Ch. à titre personnel)	DELMAS (A)
Anatomie pathologique	DELARUE (J)
Anesthésiologie	BAUMANN (J)
Bactériologie	FASQUELLE (R)
Biochimie médicale	JAYLE (F)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P)
Biologie médicale	FAUVERT (R)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J)
Clinique carcinologique	REDON (H)
Clinique cardiologique	MOUQUIN (M)
(Beaujon	SICARD (A)
(Cochin	QUENU (J)
Cliniques chirur-(Hôtel-Dieu	
gicales (Saint-Antoine	GOSSET (J)
(Salpêtrière	MOULONGUET (P)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique	FEVRE (M)
Clinique chirurgicale orthopé- dique et réparatrice	MERLE d'AUBIGNE(R)
Clinique de chirurgie cardio- vasculaire	de GAUDART d'ALLAINES
Clinique de chirurgie pleuro- pulmonaire	MATHEY (J)
Clinique endocrinologique	DECOURT (J)
Clinique génétique médicale	LAMY (M)
Clinique gynécologique	FUNCK-BRENTANO (P)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	DEGOS (R)
Clinique des maladies des enfants	CATHALA (J)

Clinique des maladies infectieuses	MOLLARET (P)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	DELAY (J)
Clinique des maladies métaboli- ques	HAMBURGER (J)
Clinique des maladies du sang	MARCHAL (G)
Clinique des maladies du système nerveux	ALAJOUANINE (T)
	(Broussais..... GENNES (L. de)
	(Cochin..... JUSTIN-BESANÇON (L)
Cliniques médicales	(Hôtel-Dieu..... BARIETY (M)
	(Lariboisière SOULIE (P)
	(Pitié..... DREYFUS (G)
	(St-Antoine..... KOURILSKY (R)
Clinique médicale d'hydrologie thérap. et climatologie	DEBRAY (C)
Clinique médicale propédeutique	PASTEUR VALLERY-RADOT
Clinique médico-sociale du dia- bète sucré et des maladies de la nutrition	DEROT (M)
Clinique de neuro-chirurgie	PETIT-DUTAILLIS (D)
	(Baudelocque..... LACOMME (M)
Cliniques	(Port-Royal..... N...
obstétricales	(Tarnier..... VARANGOT (J)
Clinique ophtalmologique	RENARD (G)
Clinique oto-rhino-laryngologique	AUBRY (M)
Clinique de pédiatrie sociale	MARIE (J)
Clinique de pneumo-phtisiologie	BERNARD (E)
Clinique psychiatrique infantile	MICHAUX (L)
Clinique de puériculture	LELONG (M)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale	COSTE (F)
Clinique stomatologique	DECHAUME (M)
Clinique thérap. chirurgicale	SENEQUE (J)
Clinique thérap. médicale	LEMAIRE (A)
Clinique urologique	FEY (B)
Electrophysiologie médicale	DJOURNO (A)
Embryologie	GIROUD (A)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	N...
Histologie	VERNE (J)
Hygiène des collectivités (ch. à t. pers.)	DEPARIS
Hygiène et clinique de la pre- mière enfance	TURPIN (R)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (P)
Médecine du Travail	DESOILLE (H)

Médecine légale	PIEDELIEVRE (R)
Parasitologie	GALLIARD (H)
Pathologie chirurgicale	COUVELAIRE (R)
Pathologie exotique	LAVIER (G)
Pathologie expérimentale et comparée	LENEGRE (J)
Pathologie humorale et immuno- logie expérimentale (ch. à t. pers.)	MERKLEN (F.P)
Pathologie médicale	N...
Pathologie et therap.générales	GARCIN (R)
Pharmacologie et matière médicale	CHEYMOL (J)
Physiologie	BINET (L)
Physiologie (ch. à t. pers.)	BARGETON (D)
Physique médicale	DOGNON (A)
Radiologie médicale	DESGREZ (H)
Technique chirurgicale	PATEL (J)
Thérapeutique	BROUET (G)

II.- PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES

MM,

Anatomie	{ CABROL (C) { COUINAUD (C) { OLIVIER (G) { GAUTHIER-VILLARS { (Melle P) pr.s.ch. { BUSSER (F)
Anatomie pathologique	{ GOUYGOU (Ch) { ORCEL (L) { PAILLAS (J) { VOURE'H (G)
Anesthésiologie	{ NEVOT (A) pr.s.ch. { BARBIER (P)
Bactériologie	{ CHRISTOL (D) { TOURNIER (P) { DESGREZ (P) pr.s.ch.
Biochimie médicale	{ POLONOVSKI (J) m.conf. { SCHAPIRA (G) m. conf.
Biologie médicale	{ BOURLIERE (F) m.conf. { DENOIX (P)
Carcinologie	{ MATHE (G)
Dermato-syphiligraphie	DUPERRAT (B)
Electro-radiologie	LEDOUX-LEBARD (G)
Embryologie	TUCHMANN-DUPLÉSSIS (H)
Hématologie	{ BILSKI-PASQUIER (G) { DAUSSET (J) { COUJARD (R) pr.s.ch.
Histologie	{ MAROIS (M) { RACADOT (J)

MM.

Hydrologie	CORNET (A)
Hygiène	(BOYER (J)
	(CORRE-HURST (Mme L)
Maladies infectieuses	(BASTIN (R)
	(DUPONT (V)
	(DEROBERT (L) pr.s.ch.
Médecine légale	(HADENGUE (A)
	(FOURNIER (E)
	(GUENIOT (M)
Médecine du Travail	ALBAHARY (C)
Neuro-chirurgie	DAVID (M)
Neurologie	LHERMITTE (F)
	(GRANJON (A)
	(HERVET (E)
	(LE LORIER (G)
Obstétrique	(MORIN (P)
	(MUSSET (R)
	(ROBEY (M)
	(THOYER-ROZAT (J)
Ophtalmologie	(BREGEAT (P)
	(SARAUX (H)
Orthopédie	(JUDET (R)
	(RAMADIER (J)
Oto-rhino-laryngologie	DEBAIN (J)
	(BRUMPT (L.C) pr.s.ch.
Parasitologie	(CHABAUD (A)
	(BARCAT (J)
	(BINET (J.P)
	(CAUCHOIX (J)
	(CHATELIN (C.L)
	(DUBOST (Ch)
	(DUBOST (Cl)
	(FAUREL (J)
Pathologie chirurgicale	(FLABEAU (F)
	(GERMAIN (A)
	(LAURENCE (G) agr.per.
	(LORTAT-JACOB (J.L)
	(LOYGUE (J)
	(MERCADIER
	(PERROTIN (J)
	(ROBERT (H)
	(THOMERET (G)
Pathologie exotique	SCHNEIDER (J)
	(CROSNIER (J)
Pathologie expérimentale	(HARTMANN (L)
	(LOEPPER (J)
	(MAURICE (J)

Pathologie expérimentale	(PLAS (F) (RICHET (G) (AUSSANNAIRE (M) (BOUR (H) (BOUVIER (J) (BOUVRAIN (Y) (BRICAIRE (H) (BRISAUD (H) (BROCARD (H) (BUGE (A) (CASTAIGNE (P) m.conf. (CATINAT (J) (CONTAMIN (F) (COURY (C) (FREZAL (J) (HOUSSET (E) (LAROCHÉ (Cl) (LESOBRE (R) (MACREZ (C) (NICK (J) (PEQUIGNOT (H) m.conf. (ROYER (P) (WOLFROMM (R) (JOSEPH (R) (MANDE (R) (MOZZICONACCI (P) (POLONOVSKI (C) (ROSSIER (A) (LEVY (Melle J) pr.s.ch. (BOISSIER (J) (LECHAT (P) (PARROT (J) pr.s.ch. (DEJOURS (P) (GOUGEROT (L) m.conf. (KELLERSHON (KREIS (B) (PICHOT (P) (DUCHE (D) (DELBARRE (F) (CERNEA (P) (CHAPUT (Mme A) m.c.agr. (GRELLET (M) (CHASSAGNE (P) (LAMOTTE (M) (QUENU (L)
Pathologie médicale	
Pédiatrie-Puériculture	
Pharmacologie	
Physiologie	
Physique médicale	
Pneumo-phtisiologie	
Psychiatrie	
Psychiatrie infantile	
Rhumatologie	
Stomatologie	
Thérapeutique	
Urologie	

III.- PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent

	MM.		MM.
Clinique chirurg.	(ABOULKER (P)	Clinique neuro-	
	(AMELINE (A)	rhumatol.....	SEZE (S. de)
	(HUGUIER (J)		(GRASSET (J)
	(LEGER (L)	Clinique obsté-	(LEPAGE (F)
	(OLIVIER (C)	tricale.....	(MAYER (M)
	(PADOVANI (P)		(MERGER (P)
	(POILLEUX (F)		(RAVINA (J)
Clinique médicale	(ROUX (M)	Clinique oph-	(DESVIGNES (P)
	(VERNE (J.M)	talmologique	(OFFRET (G)
	(HAGUENEAU (J)	Clinique oto-	
	(pr.s.ch.	rhino-laryng.....	MADURO (R)
	(BOUDIN (G)	Clinique pédia-	
	(CONTE (M)	trique et pué-	
	(DOMART (A)	riculture.....	LAPLANE (R)
	(MILLIEZ (P)	Clinique psy-	
	(PERRAULT (M)	chiatrique.....	BARUK (H)
	(RAMBERT (P)	Clinique uro-	
	(THIEFFRY (S)	logique.....	KUSS (R)
	(TURIAF (J)		

IV.- PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie..... MM. HAUDUROY (P) pr.s.ch.
 Biochimie médicale..... ETTORI (J) pr.à t.pers
 Pathologie chirurgicale..... RUDLER (J) pr.s.ch.

Secrétaire général de la Faculté..... M. LENA (J)
 Secrétaires..... Mme BEURLAND (H), Melle CHAINTREUIL (G)
 Melle HURE (A)

Conservateur, chargé de la direction
 de la Bibliothèque..... M. le Dr. HAHN (A)
 Conservateurs Melle DUMAITRE (P), GOICHON (A-M)
 Bibliothécaires Mme CONTET (J), Melles LAURENT (H)
 LE NOIR (G), QUIEVREUX (E)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole
 a arrêté que les opinions émises dans les disserta-
 tions qui lui seront présentées, doivent être considé-
 rées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend
 leur donner aucune approbation ni improbation.

A mes chers Parents,

A qui je dois tout. Que
cette thèse soit un hom-
mage à leur persévérance,
à leur clairvoyance et le
témoignage de ma plus
grande tendresse.

A mon Frère, le docteur Xavier COTE

En souvenir de nos études
médicales et de notre
affection.

A ma Famille,

A tous mes Amis,

et en particulier

A Messieurs les Docteurs DAINVILLE et
VERMOREL

A notre Président de Thèse,

Monsieur le Professeur G. RIENARD

Professeur de Clinique ophtalmologique
à la Faculté de Médecine de Paris,
Officier de la Légion d'Honneur,

Qui nous a fait le grand
honneur d'accepter la
présidence de cette
thèse.

En hommage de respectueuse
reconnaissance.

A Monsieur le Docteur VOISIN,
Ophtalmologiste des Hôpitaux de Paris

Qui nous a inspiré le sujet
de cette thèse. C'est à
ses conseils, à son exem-
ple et à son aide que nous
devons d'avoir mené à bien
ce travail.

A Madame le docteur BRAUN-VALLON,
Ophtalmologiste des Hôpitaux

A qui nous devons nos con-
naissances en ophtalmologie.

Qu'elle veuille trouver ici,
l'expression de notre vive
gratitude.

A Monsieur le Docteur ALIBERT,

A Monsieur le Docteur DURET,
Médecins de l'Hôpital de
Notre-Dame de Bon Secours,

Dont l'exemple nous fut
précieux.

Avec nos respectueux remer-
ciements.

A Messieurs les membres de notre
Jury de Thèse.

CONTRIBUTION A L'ETUDE
DES LIPOMES SOUS-CONJONCTIVAUX BILATERAUX

- I -

INTRODUCTION

-:-

Nous venons de recueillir, dans le service de Monsieur le Docteur VOISIN, à l'Hôpital Laënnec, l'observation d'un homme de 64 ans, chez qui se sont développés, en l'espace de quelques années, des nodules graisseux sous-conjonctivaux bilatéraux qui, par la gêne fonctionnelle qu'ils entraînaient, ont dû être excisés alors que le malade avait 68 ans.

Du point de vue anatomopathologique, il s'agissait d'une simple frange de tissu celluloso-adipeux, sans éléments pathologiques, sans organisation ni capsule périphérique. Il était donc difficile de parler de lipome sous-conjonctival dans le vrai sens, tumoral, du terme. De plus, le siège bilatéral, symétrique, de la lésion lui conférait un caractère très particulier.

Sur le conseil de Monsieur le Docteur VOISIN, à qui nous voudrions exprimer ici nos sentiments de déférente reconnaissance pour son précieux enseignement et pour les directives qui nous ont aidé à rédiger le présent travail, nous avons effectué quelques recherches, tant dans le service même et ses Archives, que dans la littérature médicale mondiale antérieurement publiée sur la question. Et nous avons ainsi pu constater que :

- les lipomes sous-conjonctivaux ont été observés et décrits depuis plus de 100 ans; mais ils demeurent rares;

- la grande majorité des cas rapportés concernent soit des dermolipomes, soit des lipomes purs, mais à capsule périphérique, unilatéraux, vraisemblablement congénitaux, présents dès le jeune âge, voire chez le nourrisson, et s'accroissant à la puberté;
- quelques cas, qui se rapprochent du nôtre, sont décrits chez l'adulte, au-delà de 50 ans, surtout chez l'homme (alors que la précédente variété concerne particulièrement le sexe féminin), dans un contexte habituel d'adiposité, voire d'obésité vraie, les nodules graisseux étant alors bilatéraux, et de siège symétrique, à l'angle externe de l'oeil.

On se trouve donc en fait devant des néoformations de caractères absolument différents. Et si, pour replacer les lipomes bilatéraux dans la perspective plus générale des tumeurs graisseuses sous-conjonctivales, nous mentionnerons quelques exemples de lipome sous-conjonctival unique, c'est en réalité aux formes bilatérales que nous consacrerons l'essentiel de la présente étude.

Le lipome sous-conjonctival unique représente une prolifération tumorale telle qu'il peut s'en produire au niveau de n'importe quel élément cellulaire de la région oculaire. Les formes bilatérales nous semblent davantage relever d'un trouble métabolique général, et exprimer, par une masse sous-conjonctivale, une surcharge graisseuse qui d'ailleurs s'accompagne parfois, nous le verrons plus loin, d'autres manifestations de même ordre, lipomatose généralisée, obésité.

Avec les lipomes sous-conjonctivaux bilatéraux, nous avons donc un nouvel exemple

de manifestation oculaire d'une affection de système. Une fois encore, nous constatons combien les diverses spécialisations de la médecine sont étroitement dépendantes les unes des autres, et quelle erreur serait la nôtre si, dans un souci de toujours mieux approfondir le secteur qui nous intéresse, nous le détachions du reste de la médecine...

o ° o

Notre observation nous paraît être le onzième cas publié de lipome sous-conjonctival bilatéral, encore que par certains égards, anatomopathologique surtout, il en diffère sensiblement. Nous envisagerons donc, dans un HISTORIQUE, la succession des travaux qui constituent le dossier documentaire des lipomes sous-conjonctivaux en général, bilatéraux en particulier, et nous résumerons les dix cas qui ont précédé le nôtre.

Après un exposé de notre OBSERVATION, nous verrons quelle est la SYMPTOMATOLOGIE, à vrai dire réduite et banale, de ces nodules sous-conjonctivaux.

Ces divers éléments nous permettront alors d'entreprendre une DISCUSSION PATHOGENIQUE, dans laquelle nous aurons une fois encore à distinguer les formes unilatérales des lipomes bilatéraux de signification certainement toute différente.

- II -

HISTORIQUE

-:-

Il est probable que parmi les tumeurs de la conjonctive observées dès les débuts de l'ophtalmologie, se trouvent d'authentiques lipomes. Mais faute d'examens histologiques systématiques, ces cas nous échappent, et nous ne pouvons évidemment faire débiter notre historique qu'à partir du moment où le microscope entre dans la pratique chirurgicale courante.

Dès 1854, KRANKA apporte un exemple de lipome sous-conjonctival de l'oeil droit, chez un adulte; le traitement consista en applications externes d'iode.

L'année suivante, 1855, dans son Traité des Maladies des Yeux, DESMARRES, non seulement mentionne les lipomes sous-conjonctivaux, mais en rapporte un cas rare, puisque bilatéral, sur lequel nous reviendrons. VON GRAEFFE, cinq ans plus tard, écrit que le lipome doit prendre origine dans le tissu graisseux de l'orbite, pathogénie abandonnée par la suite d'ailleurs.

ALESSI DE GUALTERI, en 1862, réussit l'extirpation d'un lipome sous-conjonctival, corrigeant ainsi un important strabisme. FANO, en 1869, est moins heureux, car l'ablation du lipome sous-conjonctival de sa malade entraîne la perte de la vue.

GALEZOWSKI, en 1872, apporte trois observations de lipome sous-conjonctival unilatéral; puis viennent les cas de BOGEL en

1886, de WALLENBERG en 1889. REUSS, en 1891, reprenant l'étude d'ensemble de ces tumeurs oculaires, n'en réunit que 20 cas publiés, et en souligne ainsi la rareté. La tumeur excisée par TALKO, en 1888, était un lipochondro-adenome, les deux cas de RIECKE (1891) étaient des lipodermoides. Ce sont ensuite les cas de GALLENGA, de SCHIESS-GEMUSEUS, de WOLF, tumeurs mixtes et unilatérales qui s'éloignent des faits que nous avons observés. Par contre, le lipome sous-conjonctival bilatéral de BRAULT, décrit en 1897, nous intéressera davantage. Bien que bilatéraux, les cas de ROGMAN, publiés en 1898, sont importants, parce qu'ils concernent des lipomes purs, que l'un d'eux s'est produit chez un homme de 53 ans, l'autre chez un très jeune enfant, donc deux exemples des différentes catégories qu'il est possible d'observer. Le cas de l'enfant de six mois était nettement congénital. ROGMAN conclut, à l'opposé de BOGEL, que le lipome sous-conjonctival ne contient pas toujours d'éléments dermoïdes. NOBBES, par la suite, devait affirmer que "les lipomes purs sous-conjonctivaux n'existent pas". Certains sont tératoïdes, d'autres des lipodermoides. Cette affirmation a du retentissement, et pendant un certain temps on ne parlera plus que des dermolipomes sous-conjonctivaux.

MACKENZIE, dans son Traité pratique des Maladies de l'Oeil, les mentionne. Mais en 1898, QUERENGHI apporte un cas de lipome sous-conjonctival de l'oeil droit, la lésion était uniquement composée de tissu graisseux. Aussi F. LAGRANGE, dans un Rapport puis dans une étude, englobe "Lipomes et dermo-lipomes sous-conjonctivaux" dans une même catégorie. Pour lui:

- "l'affection qu'on désigne sous le nom de

lipome sous-conjonctival est tantôt, et le plus souvent, un dermo-lipome résultant de l'inclusion, sous la conjonctive, d'éléments ectodermiques, tantôt et beaucoup plus rarement, un lipome pur développé aux dépens du tissu graisseux sous-conjonctival".

Et LAGRANGE apporte trois observations personnelles, un dermo-lipome unilatéral chez une petite fille de huit ans, un lipome pur chez un nourrisson de deux mois, enfin un dermo-lipome chez un enfant de cinq mois. Il rejette l'origine orbitaire de ces tumeurs, pense qu'elles se développent comme les dermoïdes conjonctivaux précornéens, et sont des "dermoïdes plus ou moins lipomateux", ou, plus souvent, des lipomes purs congénitaux, se développant au cours de la vie intra-utérine, la tumeur contenant fréquemment des éléments ectodermiques.

Nous citerons encore les observations de ROLLET en 1907, auteur qui inspira la thèse de MAZE en 1909-1910. Nous y trouvons le cas de GRANDCLEMENT, qui est bilatéral. Bilatéral également le dermolipome conjonctival décrit par LANDOLT en 1912 chez un homme de 20 ans. Puis ce sont les observations de MOSCARDI, un lipome pur (1928), de BUSSOLA en 1930, l'étude de BONNET et PAUFIQUE, le lipome extirpé étant entouré d'une gaine épithéliale, et contenant une glande lacrymale aberrante, point d'origine fréquent de ces tumeurs, selon ces auteurs. BORSELLINO en 1935 décrit un cas de lipome pur; celui de RENATO DI FERDINANDO était bilatéral. L'observation de CUCCO tire son intérêt du fait que le lipome sous-conjonctival est apparu au cours d'une lipomatose généralisée; la tumeur oculaire appartenant donc à une affection de système,

comme c'est sans doute souvent le cas lorsque le malade est par ailleurs atteint d'obésité.

BEAUVIEUX et PESME étudient en 1953 les lipomes symétriques de la conjonctive; leurs recherches bibliographiques ne leur apportent que neuf cas bilatéraux. Pour ces auteurs, il s'agirait de dysembryomes latents jusqu'au moment où la surcharge graisseuse excessive par trouble anabolique des lipides, en fait de véritables lipomes. Ces auteurs insistent sur les caractères communs retrouvés chez les malades porteurs de ces formes bilatérales, caractères que nous avons retrouvés également dans notre observation.

Dans le cas de TRANOS également, le dermolipome sous-conjonctival appartenait à un tableau anatomopathologique plus général avec troubles morphologiques importants (1954). HARTMANN enfin a apporté des cas de lipomes sous-conjonctivaux, mais unilatéraux. En fait, son observation personnelle concernait un fibrolipome congénital extirpé par suite de sa croissance, à l'âge de 15 ans. Plusieurs auteurs ont insisté sur le développement des lipomes sous-conjonctivaux congénitaux à la puberté.

o ° o

Nous allons maintenant reprendre plus en détail, et par ordre chronologique, les dix cas de lipomes sous-conjonctivaux symétriques et bilatéraux que nous avons pu consulter :

DESMARRES (1855). Un homme dont l'âge n'est pas indiqué, est porteur de deux tumeurs oculaires qui déterminent une gêne de

la vue. La lésion est plus importante à droite qu'à gauche, et se présente sous l'aspect de masses jaunâtres, fluctuantes, siégeant entre la conjonctive et la sclérotique. DESMARRES souligne que ces tumeurs graisseuses ne doivent pas être confondues avec les dermolipomes.

TRUC (1890) décrit le cas d'un homme de 54 ans, en bon état, vigoureux, mais sanguin, congestif, obèse, le tissu adipeux étant remarquablement développé. Le poids n'est pas donné. Il n'existe ni glycosurie, ni albuminurie. Quelques années auparavant, le malade a remarqué vers la commissure externe de l'oeil droit, la présence d'une petite tumeur mobile, recouverte par la conjonctive, se développant progressivement sans encore gêner la vue ni le jeu des paupières. Cependant le malade vient consulter parce que la lésion a atteint le volume d'une noisette, que, masse molle, jaunâtre, fluctuante, elle s'étend maintenant entre le muscle droit externe et le droit supérieur, s'allongeant d'avant en arrière, visible lorsque le regard se dirige vers le bas. La masse n'est douloureuse ni spontanément, ni à la pression. A gauche, l'examen découvre une tumeur analogue, mais de moindre volume, ignorée du malade. On incise la conjonctive, on attire à la pince une masse graisseuse molle, mal délimitée, se prolongeant en arrière du globe. On sectionne son pédicule afin de ne pas étendre davantage l'évidement graisseux. A gauche, on procède de même. Histologiquement, les masses excisées se présentent comme des vésicules graisseuses agglomérées en petits pelotons, et entourées de tissu conjonctif.

GRANDCLEMENT, dans l'observation qu'il a communiquée à MAZE et qui figure dans la

thèse de ce dernier, a vu chez un homme de 55 ans, deux tumeurs sous-conjonctivales, symétriques, datant de plusieurs années, mais qui avaient subi récemment un important développement. A chaque oeil, l'auteur constate en effet deux tuméfactions symétriquement placées en dehors, au niveau de l'insertion du droit externe, du volume d'une amande, paraissant siéger sous la conjonctive, qui est mobile à leur surface; ces masses sont de coloration jaune clair. Un certain degré d'exophtalmie existe paraît-il depuis toujours. Les yeux sont d'une mobilité normale, sans diplopie, sans troubles visuels, sans anomalies décelables à l'ophtalmoscope. Ces tumeurs graisseuses font saillie à travers la fente palpébrale, et gênent l'occlusion complète des paupières. Elles ne sont pas douloureuses.

Le malade est un homme fort, à tissu adipeux extrêmement développé; il est porteur d'une énorme tumeur du volume des deux poings, siégeant à la face antérieure du cou, et qui s'est développée lentement, quelques années avant l'apparition des tumeurs sous-conjonctivales, et sans provoquer de troubles. Cette masse cervicale est molle, pseudo-fluctuante, assez mobile sur les plans profonds, auxquels elle n'adhère pas. Un chirurgien consulté quelques années auparavant a diagnostiqué un lipome et a conseillé l'abstention opératoire. Elle est actuellement stabilisée. L'extirpation des lipomes sous-conjonctivaux est acceptée. Sous anesthésie générale, on incise suivant le méridien longitudinal de la commissure externe, à 2 mm de la cornée; dissection facile de la conjonctive, non adhérente à la tumeur. Celle-ci qui recouvre complètement le muscle droit externe et son tendon, est facilement extir-

pée. Mais une fois retirée toute la partie qui recouvre le muscle, on constate que la masse adipeuse se prolonge sous le muscle lui-même; on attire alors par morceaux, à la pince, le tissu tumoral qui semble se prolonger assez loin en arrière, donnant l'impression qu'en continuant on arriverait à extraire la gaine de l'orbite. On procède de même de l'autre côté, où la masse graisseuse offre les mêmes dispositions. Après sutures à la soie, la guérison est obtenue en cinq jours. Les tumeurs ne se sont pas reformées.

Le cas de BRAULT, rapporté en 1897, est complexe et se rattache moins directement aux lipomes sous-conjonctivaux bilatéraux: il concerne un enfant de quatre ans amené pour deux bourrelets recouvrant les deux yeux, congénitaux, opérés, mais ayant récidivé, et s'accompagnant de baisse importante de la vision. A gauche, la vision est abolie, la cornée est opaque, l'iris est adhérent, l'oeil est en hypotonie; la tumeur consiste en un gros bourrelet sous-conjonctival qui empiète sur la cornée et s'enfonce dans l'orbite en haut et surtout en dehors, atteignant un volume tel que la paupière en est basculée, retournée. Pourtant la tumeur n'est pas palpebrale, mais bien sous-conjonctivale. A droite les lésions sont moins avancées, la vision est normale et la tumeur est beaucoup moins volumineuse qu'à gauche; vers l'angle externe, elle semble se pédiculer en se cachant en haut, elle s'étend un peu vers l'orbite.

Une double intervention permet d'extirper les tumeurs avec dissection de deux lambeaux conjonctivaux de chaque côté du bourrelet, de façon à éviter le symblépharon et à faciliter la réunion; on enlève la conjoncti-

ve exuberante avec les masses tumorales, et on suture la brèche. La dissection a permis de préciser la disposition et la nature des tumeurs, masses lipomateuses paraissant se continuer avec les graisses orbitaires. Les suites ont été simples, malgré la nécessité d'une retouche à gauche. L'examen microscopique montre la nature graisseuse des masses, mais à la coupe de la tumeur, on rencontre de nombreux vaisseaux anormalement développés, des glandes acino-tubuleuses de KRAUSE, et l'on pense qu'il s'agit d'angiolipomes.

ROGMANN en 1898 a décrit un cas de lipome sous-conjonctival d'un côté, de dermoïde conjonctival de l'autre. Le malade était un homme de 55 ans, obèse, pesant 115 kg, qui vient pour une tumeur oculaire à gauche constatée depuis trois semaines seulement. Elle siège du côté supéro-externe, et, de coloration jaunâtre, elle affleure par son bord inférieur le méridien bulbaire horizontal; dans le regard en bas et en dedans, la masse s'allonge alors que lorsque le globe se tourne vers le haut et l'extérieur, la tumeur se ramasse en boule; au toucher, elle est douce, onctueuse, glisse librement sous la conjonctive à laquelle elle n'est pas adhérente. La conjonctive apparaît en tous points normale.

Au niveau de l'oeil droit, et symétriquement par rapport à la tumeur gauche, ROGMANN décrit "un espace jaunâtre, non saillant, de forme triangulaire, dont le sommet arrondi est tourné du côté de la cornée, dont la base semble se perdre au niveau du cul-de-sac".

Le poids du malade a beaucoup augmenté ces

dernières années, parallèlement, sans doute, à la constitution des tumeurs graisseuses sous-conjonctivales.

On intervient, en incisant la conjonctive, en attirant le lobe graisseux, qui se détache facilement, sauf toutefois en arrière où il s'enfonce profondément derrière le globe. On sectionne le pédicule au ras, on suture en deux points, les suites sont simples. Histologiquement, il s'agit d'un lipome pur, sans aucun des éléments épidermiques ou des structures annexes, tels que glandes sébacées et sudoripares, poils et bulbes pileux. La masse est formée de cellules graisseuses disposées en rayon de miel, divisée par des cordons de tissu conjonctif, parcourue par des nerfs et des vaisseaux.

Le cas de LANDOLT, publié en 1912, diffère de l'ensemble des observations de lipomes sous-conjonctivaux bilatéraux:

- parce qu'il concerne un jeune homme de 20 ans,
- parce que les tumeurs sont des dermolipomes.

Les tumeurs siègent au niveau de l'angle supéro-externe du sac conjonctival, elles sont assez volumineuses, s'enfoncent assez profondément vers le haut, descendent vers le bas au niveau du méridien horizontal de l'oeil, sont molles, avec au centre une plaque jaunâtre portant des poils fins. A noter qu'un dermoïde a été excisé sept ans plus tôt à la partie inférieure de la conjonctive de l'oeil droit.

Histologiquement, on trouve un derme bien constitué, des follicules pileux, du tissu conjonctif, et d'un côté, un petit lobule

de glande lacrymale.

Malgré leur bilatéralité, ces tumeurs doivent être considérées comme étant tératoïdes.

BEAUVIEUX a décrit en 1931 un premier cas de lipomes sous-conjonctivaux, bilatéraux et symétriques, chez un homme de 75 ans sans aucun antécédent pathologique notable en dehors de crises de R.A.A. Ces tumeurs se sont développées insidieusement, sans provoquer de douleur, ni même de gêne, et c'est la femme du malade qui, par hasard, a aperçu à droite une petite masse jaunâtre apparaissant lorsque le regard se dirigeait en bas et en dedans, la tumeur controlatérale ayant été également découverte par elle peu de temps après la première. L'examen du malade montre alors:

- en écartant les paupières, et en faisant regarder le malade en bas et en dedans, on aperçoit une tumeur du volume d'une noisette, dont le grand axe est orienté vers le haut et vers l'extérieur; la masse présente une surface lisse, unie, recouverte par une conjonctive normale; elle est de coloration jaunâtre. La palpation de la tumeur à travers la paupière n'est nullement douloureuse, et permet de constater la mobilité de la masse sur la sclérotique et sous la conjonctive; elle est, enfin, de consistance molle et fluide, n'entraîne ni gêne, ni diplopie. La vision est de 9/10 pour chaque oeil après correction avec un verre de +2. Sous anesthésie locale, après incision de la conjonctive, les tumeurs sont facilement extirpées. Très vite, les masses graisseuses se figent en un bloc solide, de couleur jaune d'or.

Le cas de RENATO DI FERDINANDO concerne un homme de 70 ans porteur de lipomes sous-conjonctivaux, bilatéraux, symétriques. Le malade a constaté quelques mois plus tôt la présence d'une tumeur dans la région supéro-externe du globe oculaire droit, non douloureuse, ne provoquant aucun trouble fonctionnel, aucune gêne même.

A l'examen, on trouve deux tumeurs identiques, occupant chacune des régions supéro-externes de la conjonctive, et qui apparaissent nettement lorsque les paupières sont saisies et soulevées. Chaque masse a le volume d'une petite noix, elle est de couleur jaunâtre, elle est molle, et très mobile sous la conjonctive. Le bord antérieur arrondi atteint presque le limbe, le bord postérieur se perd dans le cul-de-sac conjonctival. Aucune production épidermique n'apparaît à sa surface.

Les globes oculaires ne présentent aucune anomalie et la réfraction est normale. Le malade ne présente aucun antécédent pathologique; il est en bon état général, le tissu adipeux n'est pas, chez lui, anormalement développé, et il ne porte aucune formation lipomateuse. L'azotémie est à 0,51 g et la glycémie à 0,85 g.

On intervient en deux temps, à huit jours d'intervalle, des deux côtés. L'intervention est facile à travers une boutonnière de la conjonctive, et la masse graisseuse est aisément extirpée; les suites sont simples, et les tumeurs ne récidivent pas. L'examen histologique montre qu'il s'agit de lipomes purs.

BEAUVIEUX, en 1951, apporte un nouveau cas de lipomes sous-conjonctivaux bilaté-

raux et symétriques chez un homme de 54 ans. Le malade a constaté fortuitement la présence d'une tumeur du volume d'une noisette, saillant sous la paupière supérieure gauche, dans la partie externe, sans que la masse ait provoqué de douleur ou de gêne. Peu après, le malade constate la présence d'une masse moins volumineuse, mais de siège identique, à droite. C'est un homme fort, bien développé, mais non obèse, sans aucun antécédent oculaire, sauf l'ablation d'un chalazion à droite, 29 ans plus tôt. Les tumeurs sont donc d'apparition récente, et le sujet les situe à l'âge de 52 ans.

L'examen montre un aspect de lipome pur, masse jaunâtre, très mobile sous la conjonctive parfaitement normale. Les deux tumeurs siègent entre le droit externe et la glande lacrymale. Leur bord antérieur arrondi, atteint une distance de 8 mm du limbe lorsque le malade regarde en face. Le regard étant dirigé vers le bas, et la paupière soulevée, les tumeurs sont saillantes. Par ailleurs, les yeux sont normaux, l'acuité visuelle normale après correction d'un astigmatisme hypermétropique inverse. Une simple incision de la conjonctive permet l'ablation facile des masses graisseuses, jaunâtres, très molles, qui s'enfonçaient en arrière du globe. Aucune anomalie oculaire ou corporelle n'est découverte. Les suites sont simples, et le sujet revu deux ans plus tard est indemne de toute récurrence.

En 1953 enfin, PESME a décrit des lipomes sous-conjonctivaux bilatéraux et symétriques, chez un homme de 57 ans, obèse : chez cet homme, actuellement âgé de 57 ans, il existe depuis sept ans une grosseur jaunâtre, apparaissant sous la paupière gauche, dans le coin externe, lorsque le regard se diri-

geait en bas et à droite. La tumeur ne provoquait ni douleur, ni gêne, et avait été signalée au malade par un voisin. Mais peu après, il découvre lui-même l'existence d'une petite tumeur à droite cette fois, occupant la même position sous-conjonctivale, sous-palpébrale, en haut et en dehors. Récemment, ces masses provoquent une certaine gêne, ce qui amène le malade à consulter.

On est frappé par la tuméfaction de la partie externe des paupières, par l'empâtement des régions parotidiennes, réalisant un aspect de syndrome de Mikulicz. L'examen des yeux montre immédiatement qu'il s'agit de lipomes sous-conjonctivaux, bilatéraux et symétriques.

A gauche, la masse, très volumineuse, fait saillie sous la paupière. Lorsque celle-ci est soulevée. C'est une petite masse arrondie, du volume d'une petite noix, de couleur jaunâtre, s'étalant entre le droit externe et la glande lacrymale. Son bord antérieur, arrondi régulièrement, s'avance jusqu'à 8 mm du limbe, son bord postérieur se perd dans le cul-de-sac conjonctival tandis que son bord inférieur suit le droit externe et que son bord supérieur suit le droit supérieur.

On peut facilement localiser cette masse jaunâtre comme étant de siège sous-conjonctival, car la conjonctive est lisse, transparente, normale, et sous elle la masse glisse facilement.

La tumeur est très molle, presque fluide, et elle se distingue très nettement des bourrelets graisseux de l'orbite qui gonflent la capsule de Tenon, et provoquent des poches palpébrales. L'oeil est extrêmement

proéminent, et au cours de son examen, PESME a provoqué, en écartant les paupières pour apercevoir l'extension profonde de la tumeur, une luxation du globe, difficile ensuite à réduire. Cette saillie est surtout importante à gauche, car à droite la tumeur est moins volumineuse; mais par ailleurs elle offre les mêmes caractères qu'à gauche, même siège en particulier, entre le droit externe et la glande lacrymale. Les yeux sont par ailleurs normaux, la vision est bonne, avec 10/10 après correction d'une hypermétropie à +1.

Cet homme qui a 57 ans pèse 115 kg, n'a présenté d'obésité que ces dernières années, puisqu'à 20 ans il pesait 74 kg. C'est vers l'âge de 50 ans que le tissu adipeux a commencé à se développer avec exagération, et c'est précisément vers l'âge de 50 ans que les tumeurs ont été remarquées au niveau de la conjonctive. Cet homme est un gros mangeur, qui jusqu'ici n'a pas tenu compte de son obésité et ne s'est pas soigné. Les urines ne contiennent aucun élément anormal.

On opère le côté gauche sous anesthésie locale: incision de la conjonctive, qui fait tomber sur une masse graisseuse semi-fluide, non encapsulée en apparence. On résèque un certain nombre de pelotons graisseux, mais on en trouve d'autres qui s'enfoncent profondément en arrière du globe. Au fur et à mesure qu'on en retire, de nouvelles masses se présentent à la pince, et l'on se décide à cesser cette extraction en tranchant dans la continuité des masses graisseuses. La guérison se fait simplement et le malade est revu en excellent état.

L'examen histologique du tissu excisé et fixé au Bouin montre qu'il s'agit bien d'un

lipome pur, sans éléments ectodermiques,
glandes sudoripares ou sébacées, sans poils
ni bulbes pileux.

o ° o

Notre observation est très superposable à
ces derniers cas. Elle ne comporte malheu-
reusement pas beaucoup de détails, mais tel-
le quelle elle constitue un nouveau cas de
lipome sous-conjonctival bilatéral et symé-
trique chez un homme ayant dépassé la soi-
xantaine.

- : -

- III -

OBSERVATION

-:-

Mr.A... Félix, 64 ans, vient consulter dans le service d'Ophtalmologie de l'Hôpital Laënnec (chef de service, Monsieur le Docteur J. VOISIN), le 16 Avril 1955.

L'examen de la vue donne les résultats suivants:

VOD	+ 1,50	10/10	
	de près	+ 3,50	n°3
VOG	+ 1	7/10	
	de près	+ 3,60	n°3

Fond d'oeil : papilles normales
signe du croisement des deux
côtés.

Inspection : la conjonctive est libre.

Impression d'un bulbe donnant l'apparence de contenir du liquide, localisé à l'angle interne, ceci aux deux yeux. Epaississement de la conjonctive, formant un repli contigu au limbe à 9 heures, un peu à 3 heures, plus important à droite. Douleur au bord de la paupière inférieure: orgelet probable. Ce premier examen ne mentionne pas les masses graisseuses constatées quatre ans plus tard, et pour lesquelles le malade revient consulter, mais un simple épaissement conjonctival.

Le malade est en effet revu le 29 Avril 1959; car la tuméfaction oculaire bilatérale a considérablement augmenté de volume, et devient nettement gênante. On décide donc leur ablation.

Le malade est hospitalisé le 4 Mai 1959. Parmi les examens pré-opératoires de routine réalisés, nous avons noté l'absence de sucre et d'albumine dans les urines de ce malade maintenant âgé de 68 ans, très corpulent, et à la limite de l'obésité. Intervention le 5 Mai 1959, sous anesthésie locale après préparation habituelle. Dr.VOISIN. Injection sous-conjonctivale de novocaïne. Ablation des masses sous-conjonctivales bilatérales:

- dissection des nodules graisseux, sans qu'on puisse mettre en évidence une paroi péritumorale.
- surjet conjonctival.
- application de pommade à l'auréomycine.
- suites simples. Le 11 Mai 1959, le malade quitte le service, sans ordonnance. Il observera une convalescence de sept jours.

Examen anatomopathologique :

frange de tissu cellulo-adipeux, sans éléments pathologiques, et sans trace de paroi organisée.

o ° o

En résumé, chez un homme de 64 ans, à la limite de l'obésité, se développent en l'espace de quatre années deux masses cellulo-adipeuses sous-conjonctivales, non encapsulées.

sulées, occupant l'angle externe des
deux yeux. Ces masses sont excisées très
simplement alors que le malade avait
68 ans.

- IV -

SYMPTOMATOLOGIE

-:-

Unique ou bilatérale et alors symétrique, la tumeur graisseuse sous-conjonctivale siège habituellement à la partie externe du cul-de-sac conjonctival supérieur. Elle apparaît très molle, semi-fluide, jaunâtre, indolente, et souvent même nullement gênante. LAGRANGE distingue les dermo-lipomes, les plus fréquents, qui adhèrent solidement à la conjonctive qui les recouvre, et les lipomes purs, rares, sur lesquels la muqueuse sous-conjonctivale glisse facilement.

Le volume de la masse est variable au moment où elle est constatée: d'un petit pois, à une noisette, une amande, une petite noix même. Les mouvements oculaires ne sont généralement pas gênés, et dans les formes bilatérales nous n'avons trouvé ni diplopie, ni strabisme, ni sensation subjective de lourdeur, d'engourdissement. Au plus, le malade signale-t-il "une certaine gêne".

Le pronostic est donc excellent, l'état général n'est pas affecté par la tumeur et son évolution, et même l'état oculaire local n'a pas semblé en ressentir le contre-coup organique ou fonctionnel. L'ablation de la masse est souvent incomplète, par son extension orbitaire profonde, et cependant aucune récurrence post-opératoire n'a été signalée.

Ce qui est intéressant dans les lipomes sous-conjonctivaux bilatéraux, c'est, plus que les circonstances locales, les conditions

dans lesquelles ils se développent.

- Il s'agit toujours de malades du sexe masculin;

- Il s'agit toujours de sujets ayant dépassé la cinquantaine;

- Il s'agit très souvent d'obèses; et au moins de sujets à tissu adipeux développé, en particulier récemment;

- Il s'agit enfin avec une relative fréquence de sujets présentant d'autres manifestations de dyslipopéidose, sous la forme de lipomes siégeant en d'autres points du corps.

Nous allons voir, dans la discussion pathogénique qui termine cette étude, que ces points sont d'abord caractéristiques des observations de lipomes bilatéraux et qu'ensuite ils sont différentiels des lipomes sous-conjonctivaux uniques.

DISCUSSION PATHOGENIQUE

-:-

Nous voudrions ici surtout insister sur les différences fondamentales qui séparent les lipomes sous-conjonctivaux uniques des formes bilatérales et symétriques dont nous avons apporté un exemple, et dont les cas restent rares, une dizaine au plus. Ni leur origine, ni leur pathogénie, ni leur anatomopathologie, ne permettent, en effet, de confondre ces deux variétés, comme on l'a fait trop souvent et trop longtemps.

o o o

a) Formes unilatérales.

Dans la quasi-totalité des cas, il s'agit d'enfants, de sujets jeunes: le sexe féminin est de règle dans ces observations. Enfin, histologiquement, les lipomes purs y sont rares; plus souvent, nous trouvons des "dermolipomes".

Si nous étudions, en effet, la répartition par âge des lipomes et dermolipomes sous-conjonctivaux unilatéraux, nous trouvons, sur une série de 12 cas de moins de 30 ans: trois observations de moins d'un an, avec deux filles et un garçon; deux observations entre un et dix ans, avec répartition égale des sexes; trois observations entre 10 et 20 ans, concernant toutes des jeunes filles; quatre observations entre 20 et 30 ans, avec 3 femmes et un homme.

Par ailleurs, 5 cas concernant des sujets entre 30 et 60 ans; nous y trouvons quatre hommes et une seule femme. Dans ce groupe, réuni par MAZE, il n'est pas indiqué s'il s'agit de lipomes uni ou bilatéraux. Cet auteur se contente de considérer les lipomes du jeune âge comme étant congénitaux, ceux de l'âge adulte, comme des tumeurs acquises.

Citons rapidement quelques cas de lipome sous-conjonctival unilatéral du jeune âge, ce sera là la meilleure façon d'en montrer les caractéristiques :

Observation I de LAGRANGE : une petite fille de 8 ans est vue pour tumeur siégeant dans la région supéro-externe de l'oeil gauche, entre les insertions du droit externe et du droit supérieur. La tumeur a le volume d'une noisette; sa partie antérieure s'avance jusqu'à 8 mm du limbe, la partie postérieure atteint la région équatoriale, par son extrémité interne et supérieure elle s'arrête à la région intercalaire, son extrémité externe et inférieure correspond à la commissure qu'elle soulève et distend. Lorsque le regard prend une direction inféro-interne, la tumeur saille; elle est recouverte par une conjonctive absolument normale. Elle est de consistance molle, lipomateuse, et ne peut être réduite par refoulement dans la cavité orbitaire. La tumeur existait à la naissance, mais de très petit volume, et elle s'est développée lentement, sans entraîner de gêne notable, mais elle est disgracieuse. L'ablation en est facile, avec décollement de la conjonctive au niveau de la masse; deux points de suture au fil de soie terminent l'intervention. La section de la pièce opératoire montre de petites cavités sébacées remplies de sébum. C'est donc un dermolipome histologiquement confirmé:

lipome dans lequel sont inclus les éléments du feuillet externe.

Observation II de LAGRANGE : il s'agit cette fois d'une tumeur molle sous-conjonctivale chez une petite fille de deux mois, tumeur siégeant en face de l'attache du droit externe, soulevant la commissure, et s'amassant jusqu'à environ 4 mm de la cornée, donc sans rapport avec le limbe. La conjonctive, non adhérente, est normale. On porte le diagnostic de lipome sous-conjonctival congénital histologiquement confirmé après l'intervention.

Observation III de LAGRANGE : un enfant de 5 mois, de sexe masculin, est porteur depuis sa naissance d'une tumeur du volume d'un gros pois, arrondie, ovoïde, à grand axe parallèle à la marge de la cornée, légèrement jaunâtre: le diagnostic clinique est celui de lipome sous-conjonctival. En réalité, la tumeur excisée se montra composée de deux parties :

- une tumeur d'origine ectodermique formée par un tissu fibroïde dans lequel sont inclus des éléments glandulaires en lobes épithéliaux avec par place des glandes sébacées et des follicules pileux rudimentaires;
- au-dessous de cette tumeur dermoïde, un abondant tissu adipeux, enlevé avec elle, mais nettement accessoire.

Ces lipomes unilatéraux sont congénitaux, et vus le plus souvent dans le jeune âge; s'ils sont décrits chez des sujets plus âgés, c'est que leur développement a été lent, et que la masse bien tolérée n'a pas été identifiée, ou que le malade n'a pas jugé utile de consulter.

Le cas de BONNET et PAUFIQUE concerne une petite fille de 11 ans, dont la tumeur conjonctivale gauche a été notée dès la première enfance, sans déterminer de trouble fonctionnel. Mais depuis plusieurs mois, la masse a rapidement augmenté de volume, jusqu'à devenir saillante dans l'ouverture palpébrale. D'où l'actuelle consultation. C'est une tumeur du volume d'une amande, occupant la moitié externe de la partie découverte de l'oeil, soulevant la conjonctive dans la direction de la cornée, dessinant au voisinage du limbe un large repli semi-lunaire vertical; en dehors, elle atteint la commissure externe, effaçant le cul-de-sac conjonctival et se trouve reliée à la commissure par un mince tractus horizontal. La tumeur est de coloration uniformément jaunâtre. Elle paraît bien encapsulée, indépendante du globe (en dedans, le repli semi-lunaire limite entre la tumeur et le globe un cul-de-sac étroit et profond, dans lequel s'insinue le stylet). La masse est molle et semble formée de nombreux petits lobules tassés les uns contre les autres, moulés comme de la cire contre le globe par pression des paupières. Enucléée et examinée, la masse est bien une masse de tissu graisseux enveloppé par la muqueuse conjonctivale. Le derme, épaissi, contient une glande lacrymale de structure normale.

Ces formes unilatérales, lipomes ou dermo-lipomes, sont toujours congénitales, alors même qu'elles ne sont observées que chez le grand enfant, l'adolescent ou même l'adulte. Bien des auteurs pensent que c'est à la puberté que ces masses subissent un développement accéléré qui les fait remarquer. Cela d'autant plus que le sexe féminin étant prédominant, il se mêle, aux mobiles qui font consulter, un élément de coquetterie.

LAGRANGE explique la pathogénie des lipomes sous-conjonctivaux uniques (ou des dermolipomes) par deux théories;

- il s'agit de dermoïdes plus ou moins lipomateux, ayant la même origine que les dermoïdes conjonctivaux précornéens;
- ou bien ce sont des lipomes purs, à vrai dire beaucoup plus rarement observés que les tumeurs présentant des éléments à attributs épidermiques.

L'origine congénitale des lipomes, poursuit LAGRANGE, n'a d'ailleurs rien de surprenant, tous les tissus embryonnaires peuvent donner lieu à des proliférations tumorales, et toutes les tumeurs congénitales ne sont pas forcément des inclusions du feuillet externe. Certes, il apparaît comme fréquent que le lipome sous-conjonctival, congénital, comporte des éléments ectodermiques, mais le fait n'est pas obligé, et en leur absence, l'origine embryonnaire demeure.

DE GRAEFE avait pensé que le lipome conjonctival prenait son origine dans le tissu graisseux orbitaire: la transformation du tissu adipeux orbitaire en lipome entraînerait une augmentation de la masse graisseuse de la région, d'où un lipome rétrobulbaire et exophtalmie. Depuis MACKENSIE au contraire, on sait que la tumeur siège surtout sur le repli supérieur de la conjonctive, entre le droit externe et la glande lacrymale, ce qui est en faveur de la théorie extradermique du lipome; le tissu graisseux n'y aurait alors qu'un rôle accessoire autour des éléments épithéliaux invaginés (LAGRANGE).

Par la suite, l'origine intra-orbitaire ou rétrobulbaire du lipome sous-conjonctival a été complètement abandonnée. En particu-

lier, aucun cas ne comporte d'exorbitisme.

Mais à côté de l'origine congénitale, ectodermique de la tumeur, ROLLET pense que certains cas sont acquis, et relèvent d'une lésion nerveuse trophique, responsable d'un oedème circonscrit; puis cette masse se transformerait en pseudo-lipome, ou même en lipome véritable, par suite de la transformation adipeuse des cellules conjonctives hypodermiques: théorie proposée en France par MATHIEU, reprise par ROLLET et son élève MAZE. La pathogénie nerveuse de certains lipomes sous-conjonctivaux serait en particulier intéressante pour expliquer les formes survenues tardivement, chez des sujets âgés.

Mais ces explications du début du siècle nous semblent périmées en ce qui concerne les lipomes des sujets de plus de 50 ans. Car parmi eux, se trouvent les formes bilatérales, dont nous allons maintenant discuter la pathogénie.

o o o

b) Formes bilatérales -

Rares, puisque les cas actuellement publiés ne dépassent pas la douzaine, ces formes intéressent exclusivement les sujets de plus de 50 ans, et très souvent des obèses. Enfin, certains lipomes sous-conjonctivaux bilatéraux apparaissent en même temps que d'autres lipomes, de siège extra-oculaire, ceux-là. Certaines observations montrent également que la tumeur sous-conjonctivale a été notée au moment où le sujet prenait rapidement du poids, devenait adipeux, voire obèse.

Il nous vient alors immédiatement à l'esprit le terme de dyslipopidose, la notion d'un trouble général du métabolisme lipidique, auquel ces lipomes sous-conjonctivaux appartiendraient avec d'autant plus de vraisemblance que certains ne sont pas à proprement parler des tumeurs, dans le sens anatomopathologique du terme, mais des amas de lobules graisseux, amorphes, sans organisation, et surtout, comme dans notre cas, comme dans celui de RENATO DI FERDINANDO. Dans les autres cas, il n'y a pas davantage d'encapsulation, mais à l'ablation de la masse graisseuse, celle-ci s'est montrée limitée par la muqueuse sous-conjonctivale non modifiée et très identifiable sur les coupes des pièces opératoires.

Les observations que nous avons détaillées plus haut dans notre HISTORIQUE, et qui concernent des cas bilatéraux, ne concernent que des hommes, alors que le sexe féminin prédominait dans les lipomes unilatéraux congénitaux. Ces malades avaient autour de 50 ans, souvent davantage. Enfin, leur système adipeux était développé, parfois même jusqu'à l'obésité (115 kg). L'apparition des tumeurs sous-conjonctivales a souvent coïncidé avec l'installation de l'obésité. Tous ces cas sont superposables et identiques au nôtre. Le caractère acquis des masses graisseuses paraît vraisemblable, le développement en a été lent, insidieux, et c'est souvent un tiers qui attire sur elles l'attention du malade.

Cependant, pour BEAUVIEUX & PESME, même constatées tardivement, ces tumeurs auraient néanmoins une origine embryonnaire, une existence congénitale. La lésion pourrait rester longtemps minime, latente, méconnue, pour ne prendre du volume que tardivement,

ce qui ne la fait constater qu'au moment où, sous l'action de l'âge, le tissu adipeux s'accroît, prolifère, d'une façon générale, aussi bien au niveau du pannicule adipeux abdominal qu'au niveau de cette amorce sous-conjonctivale formée dès la naissance. Cette théorie est étayée par BEAUVIEUX & PESME par le fait que parmi ces formes bilatérales de l'adulte et du vieillard, on peut trouver des tumeurs mixtes, dermoïde d'un côté, lipome de l'autre, mais de siège anatomique identique pour chaque oeil.

Ces auteurs considèrent alors qu'il s'agirait de dysembryomes dont la surcharge graisseuse ne deviendrait excessive qu'au moment où des troubles du métabolisme lipidique surchargent en graisses les zones de dépôt, quelles qu'elles soient, avec mise en réserve excessive, processus d'épargne des suppléments énergétiques, dont on ne connaît pas encore à fond le mécanisme (GILBERT-DREYFUS).

Mais chez certains malades âgés, porteurs de lipomes sous-conjonctivaux bilatéraux et symétriques, on ne trouve aucun trouble du métabolisme lipidique, aucune obésité, aucune adiposité. Comment alors expliquer la pathogénie des tumeurs oculaires? Un cas de BEAUVIEUX, le malade de RENATO DI FERDINANDO, notre cas, où cet homme était fort plus que vraiment obèse, montrent que ces lipomes peuvent survenir chez des sujets de poids normal. Pour DI FERDINANDO, ces lipomes sont alors d'origine tumorale, véritables et purs lipomes obéissant à des lois très strictes, identiques d'un cas à l'autre: siège de prédilection très défini, forme, couleur jaunâtre, mollesse, consistance presque fluide, mobilité sous-conjonctivale et

sus-sclerotique, pureté du tissu graisseux, sans reliquat ectodermique, croissance lente, absence de signes fonctionnels ; enfin aspect histologique: tout plaiderait en faveur de la réalité de ces tumeurs graisseuses apparues chez des sujets âgés. Pour l'origine tumorale, DI FERDINANDO cite encore l'absence de malformations ou anomalies associées au niveau de l'oeil, mais aussi sur tout le corps, absence, en somme, de tératome. Quant à la localisation constante au niveau de l'angle supéro-externe de la conjonctive, elle s'expliquerait par la glande lacrymale à ce niveau (ce qui serait renforcé par la présence dans le lipome décrit par BONNET, d'une glande lacrymale aberrante). Une glande lacrymale a également été trouvée dans un des dermolipomes symétriques dont était porteur le malade de LANDOLT. Dès la période embryonnaire, il se constituerait dans cette zone un dysembryome du tissu graisseux sous-conjonctival, ne se développant que beaucoup plus tard, parfois à la vieillesse seulement. Les lipomes apparus passé 60 et 70 ans n'en seraient donc pas moins d'origine congénitale.

Il nous est difficile de suivre cette conception, ou du moins, de la généraliser à tous les cas. Nous pensons que dans les lipomes sous-conjonctivaux bilatéraux, ou, pour ne pas préjuger de la nature tumorale de la lésion, dans les masses graisseuses observées des deux côtés simultanément, il faut faire intervenir une distinction:

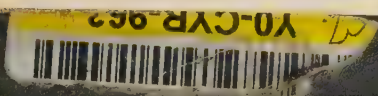
- dans un premier groupe de faits, nous pouvons parler de lipomes dans le sens tumoral du terme (lipomes ou dermolipomes selon les cas), amas de tissu adipeux pur ou mixte, avec présence d'éléments d'origine ectodermique, qui pourraient en effet connaître une

originè embryonnaire dans cette dernière évenualité, et connaissant une évolution tardive leur donnant un volume suffisant pour être remarqués à l'âge adulte seulement; la notion de tumeur acquise cadre mal avec l'identite des sièges de ces néoformations lipomateuses ou dermo-lipomateuses bilatérales;

- dans un second groupe de faits, et notre cas en relève, il s'agit non pas de tumeur, mais de masses adipeuses pures et amorphes, non encapsulées, et si mal délimitées que dans certaines interventions il a été impossible d'épuiser à la pince ces amas de graisse dont l'origine se perdait dans la région rétro-orbitaire pour certains observateurs.

Or, ces masses graisseuses non encapsulées s'observent principalement, sinon toujours, chez des hommes de plus de 50 ans, au tissu adipeux généralement développé, souvent même atteignant l'obésité, et fait essentiel, les masses sous-conjonctivales ont été constatées au moment précis où survenait cette augmentation pondérale; on ne peut donc nier que la formation, ou, mieux, l'accroissement des masses adipeuses sous-conjonctivales appartiennent à un processus plus général d'accumulation graisseuse, qui, lorsqu'elle quitte le plan physiologique de la sénescence pour atteindre celui de la physiopathologie, va jusqu'à se traduire par la formation de lipomes extra-oculaires. On est ainsi amené à considérer la lésion bilatérale qui nous occupe comme un des éléments d'une dyslipoiïdie généralisée.

Certains ont objecté qu'une telle pathogénie n'était valable que dans les cas où les "lipomes" sous-conjonctivaux bilatéraux se produisaient chez un obèse, et que dans



un certain nombre d'observations, les malades conservaient un poids normal. Nous ferons alors appel à une hypothèse très séduisante émise récemment par DI FERNANDINO à l'occasion de l'observation d'un malade de 70 ans porteur, nous l'avons vu, de masses graisseuses amorphes, bilatérales : pour cet auteur, il s'agirait de la métaplasie lipomateuse du tissu conjonctif lâche, sous l'influence des modifications métaboliques du vieillissement de l'organisme : ainsi s'expliqueraient non seulement la transformation lipomateuse des structures oculaires, mais aussi l'apparition de ces amas graisseux, abdominaux, cervicaux, mammaires, qui sont le triste privilège de l'organisme sénescant.

Malgré la bénignité pronostique de ces lésions, elles méritent d'être mieux connues et traitées par l'ablation chirurgicale, car laissées in situ, elles risquent en se développant d'entraîner des troubles fonctionnels, de devenir inesthétiques, et peut-être de subir, bien qu'aucun cas ne le démontre, une dégénérescence maligne.

CONCLUSIONS

-:-

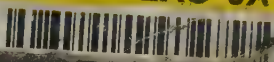
I.- A l'occasion d'une observation de masses graisseuses sous-conjonctivales, bilatérales et symétriques, chez un homme de 68 ans, nous avons cherché à préciser la nature et la pathogénie des lipomes sous-conjonctivaux.

II.- Ce type de lésion est rare ; dans la majorité des cas, il s'agit de formes unilatérales, soit lipomateuses pures, soit dermolipomateuses, congénitales, remarquées dès l'enfance, avec une nette prédilection pour le sexe féminin.

III.- Plus rare encore est la forme bilatérale, qui s'observe surtout chez les hommes de plus de 50 ans, présentant en outre soit une adiposité, voire une obésité marquée, soit une lipomatose extra-oculaire associée, le développement des lésions sous-conjonctivales ayant généralement coïncidé avec l'augmentation pondérale ou l'accroissement des autres lipomes. Du point de vue anatomopathologique, ces lésions bilatérales de l'âge avancé sont formées surtout de tissu graisseux pur, sans organisation, ni encapsulation.

IV.- Nous croyons donc logique de dissocier ces deux formes :

- les lipomes et dermolipomes sous-conjonctivaux unilatéraux étant des tumeurs vraies, développées sous l'action d'influences locales ou générales (puberté en particulier),



mais d'origine vraisemblablement congénitale, par inclusion ectodermique, et observées le plus souvent dans le jeune âge et le sexe féminin ;

- les masses graisseuses sous-conjonctivales bilatérales, sans organisation ni encapsulation, vues après la cinquantaine, chez l'homme, et appartenant dans leur étiologie et dans leur accroissement, à une dyslipopidie, à un trouble du métabolisme lipidique de l'âge mûr, se traduisant par une adiposité, voire une obésité, et même parfois par une lipomatose plus ou moins généralisée. Prolifération de la couche graisseuse normale surchargée là comme ailleurs, ou métaplasie du tissu conjonctif, dans les deux hypothèses les masses adipeuses sous-conjonctivales bilatérales doivent être distinguées des lipomes et dermolipomes vrais, de même siège, mais unilatéraux, et d'étiologie et souvent de nature histologique différentes.

-:-

Vu :
Le Président :
signé : G. RENARD

Vu :
Le Doyen :
signé : L. BINET

Vu et Permis d'Imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
signé : Jean SARRAILH

BIBLIOGRAPHIE

--

ALESSI

Un cas de lipome sur l'hémisphère antérieur du globe de l'oeil
Annales d'Ocul. page 41 1862

J. BEAUVIEUX, P. PESME

Lipomes symétriques de la conjonctive
Bull.Mém.Soc.Fr.Ophtalm. LXVI pages 233-243 1953

BOGEL

Ueber das subconjunctivale Lipome
v. Graefe's Arch. XXXII page 129 1886

P. BONNET, L. PAUFIQUE

Lipome sous-conjonctival
Arch.Ophtalm. Paris XLIX pages 795-798
déc. 1932

G. BORSELLINO

Sopra un caso di lipoma puro sottocongiuntivale
Boll.Ocul. XIV pages 517-525 1935

BRAULT

Lipome sous-conjonctival bilatéral
Archives d'Ophtalm. XVII page 440
1897

E. BUSSOLA

Contributo clinico ed anatomico sul lipoma puro sotto congiuntivale
Boll.Ocul. IX pages 188-197 1930

G. CUCCO

Localizzazione sottocongiuntivale in
una lipomatosi mesosomatica a tipo
Roche
Ann.ottal.clin.ocul. LXXVII pages 291-
298 juillet 1951

DESMARRES

Traité théorique et pratique des mala-
dies des yeux. Lipome sous-conjoncti-
val bilatéral
Tome II pages 235 et 372 1855

GALEZOWSKI

Lipomes de la conjonctive
Journal d'Ophtalm. page 34 1872

GRANDCLEMENT

Lipomes sous-conjonctivaux bilatéraux
in Thèse de MAZE

K. HARTMANN

Ueber Lipoma subconjunctivale
Klin. Monatsbl. Augenheilkunde CXXIX
pages 551-559 1956

F. LAGRANGE

Lipomes et dermolipomes sous-conjonc-
tivaux
Arch.Ophtalm. XX pages 299-311 1900
Traité des Tumeurs de l'Oeil, tome I
page 68

M. LANDOLT

Dermolipome bilatéral et symétrique
de la conjonctive chez un jeune homme
de 20 ans
Réunion des Sociétés Franç. Opht. mai
1912

MACKENZIE

Traité pratique des maladies de l'Oeil
tome I page 364.

A. MAZE

Contribution à l'étude du lipome sous-
conjunctival
Thèse de Lyon 1909-1910 55 pp.

MOSCARDI

Lipome pur sous-conjonctival
Saggi di oftalm. III pages 241-250 1928

QUERENGHI

Lipome sous-conjonctival de l'oeil droit
Arch. Ophtalm. X page 15 1898

RENATO DI FERDINANDO

Lipome puro sottocongiuntivale bilate-
rale e simetrico
Soc.Ital.Ophtalm. 1950

REUSS

Subconjonctivale Lipoma
Centralbl. Augenheilk. XV page 184
1891

ROGMAN

Lipomes sous-conjonctivaux
Ann.Ocul. CXIX page 81 1898

ROLLET

Lipomes sous-conjonctivaux
Congrès d' Ophtalmologie Oxford 1907

H. TILLE, P. PILLET

Note histologique et clinique sur 80
cas de tumeur de la conjonctive
Ann.Ocul. CLXXIV page 766 1937

L. TRANOS

Mandibulofacial dysostosis associated
with conjunctiva dermolipoma
Am.Journ.Opht. XXXVII pages 354-359
mars 1954

TABLE DES MATIERES

-:-

	Pages
I.- Introduction	17
II.- Historique	20
III.- Observation	35
IV.- Symptomatologie	38
V.- Discussion pathogénique	40
VI.- Conclusions	51
VII.- Bibliographie	53

-:-

SERMENT

--:

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes Confrères si j'y manque !

--:



7. Y0-CYR-963



